

## 정보 공개에 대한 허가

수신: 의사, 병원, 클리닉, 학교, 치료 전문가 또는 에이전시

기타: \_\_\_\_\_

제목: \_\_\_\_\_

(아이 또는 어른의 성명)

본 양식에 서명함으로써 다음 기관 또는 사람에게

캘리포니아주 사회사업국, 입양 관련 부서

기타: \_\_\_\_\_

아래 서명한 자 및 위에 이름이 적힌 아이(해당되는 경우)의 기록에 있는 어떠한 정보든 제공받을 수 있는 권한을 부여합니다.

의료 관련 정보 및 병력

정신병 관련 정보 및 병력

테스트 및 검사 결과

기타 정보: \_\_\_\_\_

요청된 정보는 위의 에이전시에서 수행하는 입양 가정 조사에 꼭 필요합니다. 친부모나 입양될 아이(들)에 관해 제공받은 신원이 확인되지 않는 정보를 입양 완료에 앞서 양부모와 함께 공유할 것입니다. 법에 의해 허락되지 않는 한, 신원이 확인되는 정보는 공개되지 않을 것입니다.

본 권한 부여는 아래 서명한 날짜로부터 12개월 동안 유효합니다.

정보 공개를 허가하는 \_\_\_\_\_

사람(들)의 서명 \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

정보 공개를 허가하는 사람(들)의 관계: \_\_\_\_\_